

健康保険 住所変更届

決	常務理事	事務長	事務次長	担当
裁				

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者の記号	被保険者の番号 (左詰め)	被保険者の氏名 (氏)(名)		被保険者の生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		性別 男・女	対象者 被保険者・被扶養者・世帯(全員)
住所変更対象者の住所(旧住所)				変更届の事由		変更日 令和 年 月 日	
被保険者の住所(新住所)				電話番号			
被扶養者氏名		被扶養者生年月日		性別	続柄	被扶養者住所(新住所)	
(氏)	(名)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		男・女			
(氏)	(名)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		男・女			
(氏)	(名)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		男・女			
(氏)	(名)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		男・女			
(氏)	(名)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		男・女			

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。
☐	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事業主証明欄	事業所所在地	上記の通り、相違ないことを証明します。	
	事業所名称	(〒 -) 令和 年 月 日提出	
	事業主氏名		
	電話番号	TEL ()	

受付印

社会保険労務士の提出代行者名